



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 1 de 6

Bogotá D.C.,

URGENTE.

Asunto. Solicitud de información acerca del régimen legal Entidades Adaptadas en Salud.

Radicado. 201942401275542.

Respetado Señor.

En atención a su petición radicada en este Ministerio, en la cual plantea una solicitud referente al régimen legal de las entidades adaptadas, me permito dar respuesta en el marco de nuestras competencias, así:

En primer lugar, las entidades adaptadas en salud fueron creadas por ley de conformidad a lo consagrado en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993¹, aparte normativo que cito a continuación:

“(…) ARTICULO. 236. De las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades públicas. Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.

La transformación en entidad promotora de salud será un proceso donde todos los trabajadores recibirán el plan de salud obligatorio de que trata el artículo 162 y, en un plazo de cuatro años a partir de la vigencia de esta ley, éstos pagarán las cotizaciones dispuestas en el artículo 204 -ajustándose como mínimo en un punto porcentual por año- y la entidad promotora de salud contribuirá al sistema plenamente con la compensación prevista en el artículo 220. Cuando el plan de beneficios de la entidad sea más amplio que el plan de salud obligatorio, los trabajadores vinculados a la vigencia de la presente ley y hasta el término de la vinculación laboral correspondiente o el período de jubilación, continuarán recibiendo dichos beneficios con el carácter de plan complementario, en los términos del artículo 169. Las dependencias que presten servicios de salud de las cajas, fondos, entidades previsionales o entidades públicas con otro objeto social podrán suprimirse o convertirse en empresas sociales del Estado, que se regirán por lo estipulado en la presente ley.

¹ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 2 de 6

Las entidades públicas antes referidas, que a juicio del Gobierno Nacional no requieran transformarse en empresas promotoras de salud, ni liquidarse podrán continuar prestando los servicios de salud a los servidores que se encuentren vinculados a la respectiva entidad en la fecha de iniciación de vigencia de la presente ley y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo vienen haciendo. Estas entidades deberán no obstante, ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de esta ley, en un plazo no mayor a cuatro (4) años, de tal manera que participen en la subcuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía. De conformidad con lo anterior, las entidades recaudarán mediante retención a los servidores públicos, en forma creciente y explícita, las cotizaciones establecidas en el artículo 204 de la presente ley, la cual aumentará como mínimo en un punto porcentual por año.

En caso de liquidación, de las cajas, fondos, entidades previsionales y empresas del sector público, los empleadores garantizarán la afiliación de sus trabajadores a otra entidad promotora de salud y, mientras éstos logren dicha afiliación, tendrán que garantizar la respectiva protección a sus beneficiarios.

Para las instituciones del orden nacional se aplicarán por analogía las disposiciones laborales de que trata el capítulo 2 del Decreto 2147 de 1992, en especial para preservar los derechos de los trabajadores y pagar las indemnizaciones que resulten de la supresión de los empleos. Igualmente, se harán extensivas las disposiciones consagradas en el Decreto 2151 de 1992 para garantizar la adaptación laboral de los empleados que, por obra de lo aquí dispuesto, se les supriman sus cargos.

(...)"

En igual sentido, el artículo 2.5.3.4.3 del Decreto 780 de 2016², el cual compiló el artículo 3 del Decreto 4747 de 2007³, dispone que se consideran entidades responsables del pago de servicios de salud entre otras las entidades adaptadas, aparte normativo que cito a continuación:

"(...)

Artículo 2.5.3.4.3. Definiciones. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

(...)

² Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

³ Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 3 de 6

2. Entidades responsables del pago de servicios de salud. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales.

3. Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

(Artículo 3° del Decreto 4747 de 2007)

(...)

A su vez el artículo 2.5.2.3.1.2. del Decreto 682 de 2018⁴, dispone que las normas contenidas en ese capítulo, aplican entre otras a las entidades adaptadas al Sistema de Seguridad Social en Salud y precisa en su párrafo que las condiciones de autorización, habilitación y permanencia serán aplicadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos de evaluación y seguimiento, aparte normativo que indica lo siguiente:

(...)

ARTÍCULO 2.5.2.3.1.2. Ámbito de aplicación. Las normas contenidas en el presente Capítulo aplican a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las cajas de compensación familiar que operan los regímenes contributivo y/o subsidiado, independiente de su naturaleza jurídica, a las entidades adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

⁴ Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 4 de 6

PARÁGRAFO 1. En el caso de las entidades adaptadas, las condiciones de autorización, habilitación y permanencia establecidas en el presente Capítulo serán aplicadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos de evaluación y seguimiento.

(...)"

Es de anotar que el artículo 3 de la Resolución 2515 de 2018⁵, establece las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud para lo cual deberán cumplir las condiciones de habilitación, aparte normativo que prevé lo siguiente:

"(...)

ART. 3º—Condiciones para la habilitación. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán demostrar su capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, a través del cumplimiento permanente de los criterios y estándares definidos en el manual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual contiene los siguientes grupos:

- 1. Sistema de gestión de riesgos.*
- 2. Afiliación y libre elección en el SGSSS.*
- 3. Atención del usuario e información para el afiliado.*
- 4. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas.*
- 5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.*
- 6. Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social.*
- 7. Gestión del talento humano.*
- 8. Tecnologías de información.*
- 9. Red integral de prestadores de servicios de salud.*
- 10. Gestión de la salud pública.*
- 11. Condiciones financieras de la entidad y gestión de los recursos del SGSSS.*
- 12. Recaudo, compensación de aportes y liquidación de prestaciones contributivas.*
- 13. Contratación y pago de servicios.*
- 14. Gobierno organizacional.*

PAR.—Los estándares sobre la afiliación y libre elección en el SGSSS y gobierno organizacional son de verificación inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

(...)"

⁵ "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 5 de 6

La Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-033/99⁶, indica que las entidades adaptadas a diferencia de las EPS, hacen parte del régimen de transición y su existencia expira cuando se termine la relación laboral de los afiliados o el periodo de jubilación de los pensionados que tuvieran al entrar a regir el nuevo sistema de seguridad social en salud, aparte que cito a continuación:

“(…)

Tal motivación se adecua a los cánones constitucionales, pues la diferencia de trato obedece a supuestos fácticos distintos. Las Entidades Promotoras de Salud, a partir de la vigencia de la ley 100 de 1993, son los únicos organismos encargados de prestar en forma permanente los servicios de salud a sus afiliados y a los beneficiarios de éstos. Las entidades adaptadas, por el contrario, hacen parte del régimen de transición y tienen una existencia eminentemente transitoria la cual expira cuando se termine la relación laboral de los afiliados o el período de jubilación de los pensionados que tuvieran en el momento de entrar a regir el nuevo sistema de seguridad social en salud.

(…)”

Después de esbozado la anterior normatividad, nos permitimos dar respuesta a sus interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos:

¿En ocasión si dichas entidades se acogen a la normatividad de la ley 100 del 93 en cuanto si aplica por analogía que son iguales a las entidades promotoras de salud EPS y por ende tienen las mismas obligaciones con sus afiliados y si tiene responsabilidad con la institución prestadora de servicio de salud cuando esta no autorice o realice exámenes médicos a los afiliados de la entidad adaptada en salud?

Nos permitimos señalar que las entidades adaptadas en su denominación como tal, tienen su génesis en la Ley 100 de 1993. Es del caso precisar que las entidades adaptadas tienen libertad de operación en cuanto al modelo de atención y prestación así como autonomía para garantizar los servicios en salud. Igualmente están sujetas a la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. A su vez estas entidades deberán acreditar las condiciones de habilitación de las entidades interesadas en operar el aseguramiento en salud, por lo tanto deberán acreditar las mismas

⁶ Sentencia C-033/99. Referencia: Expediente D-2112. Magistrado Ponente: Dr. CARLOS GAVIRIA DIAZ



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201911601087791**

Fecha: **20-08-2019**

Página 6 de 6

condiciones que se les exige a las EPS y demás entidades que estén autorizadas para operar en el aseguramiento.

En cuanto a las diferencias en relación a las EPS, las entidades adaptadas no pueden vincular nuevos afiliados aparte de los vinculados laboralmente en ese momento. Igualmente hacen parte del régimen de transición y su existencia expira cuando se termine la relación laboral de los afiliados o el periodo de jubilación de los pensionados.

Teniendo en cuenta lo expresado en el Decreto 780 de 2016, el cual compiló el Decreto 4747 de 2007, las entidades adaptadas serán responsables del pago de los servicios de salud, por ende deberá darse aplicación a lo regulado en el mentado decreto en relación a las instituciones prestadoras de servicios con el fin de que se presten los servicios de salud a sus afiliados.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

EDILFONSO MORALES GONZÁLEZ

Coordinador Grupo Consultas

Dirección Jurídica

Elaboro. Alejandra P.

Reviso. E. Morales.

C:\Users\mpena\Documents\MARIA ALEJANDRA\CONCEPTOS 2019\CONCEPTOS EN WORD\ENTIDADES ADAPTADAS\2019421401275542 ENTIDADES ADAPTADAS REGIMEN JURIDICO.docx